

除了200毫升鲜血,你的身体还“捐献”了什么?

健康知识

当您从容地走上献血车,挽起衣袖,献出那200毫升温热的鲜血时,您知道,您捐献的是一份挽救生命的希望。但您可曾想过,在您这份有形的、高尚的馈赠之外,您的身体内部,正悄然开启一场无声而壮丽的“庆典”?它为了回应您的善意,慷慨地“捐献”出了更多隐藏在生命深处的奇迹。

即刻的响应

针头离开血管的瞬间,您身体的“智能监测系统”已然拉响了警报——不是危险的警报,而是启动应急补偿机制的号令。最敏锐的变化来自血容量的轻微减少。您的身体是一位顶级的“水利工程师”,绝不会允许代表生命压力的水位线有任何下降。

血管外的组织液仿佛得到了指令,迅速而安静地渗透回血管内,如同百川入海,旨在第一时间补充血浆容量,维持血压的绝对稳定。肾脏接收到中枢神经系统传来的

信号,减少尿液生成,将水分最大限度地保留在体内。

然而这一切发生在您喝完献血后那杯糖水的片刻之间。您捐献了200毫升血液,而您的身体,立即“捐献”出了一套高效、智能的体液平衡调节系统,让您在短暂的休息后,几乎感觉不到任何不适。这是生命体千万年进化而来的智慧,是对您善举最基础的守护。

深层的动员

如果说体液的补充是应急的“软件”调度,那么接下来,身体深处的“硬件”工厂——骨髓,则迎来了一场激昂的总动员。

您血液中那些珍贵的红细胞,它们的寿命约120天。每日都有衰老细胞被清除,也有新生细胞被制造,维持着动态平衡。您的这次献血,相当于一次性增加了“订单”,极大地刺激了骨髓的造血潜能。促红细胞生成素这位负责生产红细胞的“工头”被迅速激活。它的分泌量在献血后几小时内便开始攀升,向骨髓发出最强烈的生产指令。于是,骨髓这座“生命工厂”开足马力,将造血原料(铁、蛋白质、维生素等)加速合成,转化为充满活力的、年轻的红细胞。

大约在献血后的一到两周内,您的红细胞数量就能完全恢复到献血前的水平。您捐献了200毫升血液,而您的身体,为此“捐献”了一场酣畅淋漓的造血机能大焕活。它证明您的生命引擎拥有强大的后备功率,正如定期运动能强健肌肉一样,适度的献血也是对造血系统一次有效的“锻炼”。

长远的馈赠

更有趣且仍在深入研究中的观点是,献血可能带来的长远益处。一种理论认为,定期献血类似于为身体进行了一次“系统更新”或“春季大扫除”。

我们的血液中不仅有无数的血细胞,也积累着一些代谢产物,包括一部分铁储备。铁虽是造血的必需元素,但过高的铁水平可能参与体内氧化应激反应,成为潜在的“生锈”风险。

一次献血大约会损失200-250毫克的铁,这会促使身体动用储存铁来优先满足造血需要。从某种意义上说,这降低了对身体无益的铁储备水平,可能有助于减少与氧化损伤相关的一些慢性病风险,为健康带来潜在的长期好处。

您捐献了200毫升血液,而您的身体,可能因此“捐献”出了一次内部环境的优化与更新,让生命的河流更加清澈、富有活力。

当我们窥见了身体内部这场无私的“捐献”后,回望那200毫升的鲜血,它显得更加厚重。一次献血,远非一次简单的输出,而是一次生命对生命的全面呼应。您,作为意识的载体,捐献了无私的勇气与利他的爱;您的身体,作为智慧的化身,则捐献了它高效的调节、旺盛的活力与潜在的优化。

二者结合,才构成了一次完整的、充满神性的生命对话。它彻底粉碎了“献血伤元气”的古老迷思。相反,科学告诉我们,一个健康的机体完全拥有强大的代偿能力,您的善意不仅不会损害健康,反而可能激活身体深处沉睡的活力,让您收获一份独特的生命体验。

所以,下一次当您收到那条“您的血液已用于临床,挽救了一位患者”的短信时,您可以会心一笑。这或许是世间最美好的交换:您付出了一份善意,而您的身体与心灵,共同收获了一份无价的嘉奖。

(天长市人民医院 刘金香)

糖尿病肾病发展到血液透析阶段,该怎么护理?

健康科普

糖尿病肾病是糖尿病最严重的并发症之一,当病情进展至终末期时,患者常需依赖血液透析维持生命。数据显示,我国糖尿病肾病占透析总人数的20%-30%,其死亡风险较非糖尿病患者高出3倍。血液透析虽能替代肾脏功能,但糖尿病的特殊性要求护理团队在血管通路管理、血糖波动控制、营养支持等方面采取更精细化的干预措施。下面将结合临床实践与最新研究,系统阐述糖尿病肾病血液透析患者的护理要点及血糖管理策略。

糖尿病肾病血液透析阶段的护理核心要点

1. 血糖管理的精细化调整

糖尿病肾病进展至血液透析阶段,血糖波动更为复杂。透析过程中血液与透析液接触可能加速葡萄糖流失,易诱发低血糖;而肾衰竭又会导致胰岛素代谢减慢,增加低血糖风险。护理需动态监测透析前、中、后的血糖水平,尤其关注夜间及透析后2小时

血糖。胰岛素方案需进行个体化调整:长效胰岛素剂量通常减少20%-30%,避免透析日餐前速效胰岛素过量。透析液葡萄糖浓度需根据患者血糖水平选择(如1-1.5g/dL)。同时,需教育患者识别低血糖症状(如冷汗、心悸),随身携带糖块应急。营养师应参与制定透析日与非透析日的差异化饮食计划,平衡碳水化合物与蛋白质摄入,避免血糖剧烈波动。

2. 容量负荷与血压的精准控制

血液透析患者常合并顽固性高血压与容量超负荷,而糖尿病肾病会进一步加重心血管风险。护理需严格记录每日出入量,限制钠盐摄入(<3g/日)及透析间期体重增长(<干体重的3%)。透析过程中需监测动态血压,警惕低血压发生(与自主神经病变相关)。降压药选择需兼顾肾脏保护(如ACEI/ARB类),但需注意透析日剂量调整(如透析后服用以避免清除效应)。对于难治性高血压,需排查继发性因素如肾动脉狭窄。容量评估需结合临床(如水肿程度)与生物电阻抗检测,避免过度脱水导致残余肾功能进一步丧失。

3. 感染预防与并发症的早期干预

糖尿病肾病患者免疫功能低下,加上透

析血管通路(如动静脉瘘或导管)的侵入性操作,感染风险显著增加。护理需严格执行无菌操作,定期评估导管出口或瘘管部位有无红肿、渗液。每1-3个月监测血清铁蛋白、转铁蛋白饱和度,避免铁过量诱发感染。同时,需关注继发性甲旁亢(监测iPTH、钙磷),通过限制高磷饮食、合理使用磷结合剂及活性维生素D维持钙磷平衡。皮肤护理重点在于预防足部溃疡(神经病变与缺血双重作用),每日检查足部并保持湿润。心理支持不可忽视,抑郁与焦虑可能加重代谢紊乱,需联合心理科进行认知行为干预。

血糖管理策略

1. 动态监测与个体化胰岛素调整

糖尿病肾病血液透析患者的血糖波动风险显著增加,需强化监测透析前、中、后的血糖水平,尤其警惕透析后低血糖。由于肾功能衰竭影响胰岛素代谢,长效胰岛素剂量通常需减少20%-30%,透析日餐前速效胰岛素也应酌情减量。透析液葡萄糖浓度需个体化设定(1-1.5g/dL),避免血糖骤降。同时,应指导患者识别低血糖症状(如头晕、冷汗),并随身携带快速升糖食品(如葡萄糖片)。动态血糖监测(CGM)或频

繁指尖血糖检测有助于优化胰岛素剂量,减少血糖波动。

2. 营养干预与血糖稳定

饮食管理是血糖控制的关键,需结合透析需求调整碳水化合物与蛋白质比例。透析日应避免高糖饮食,防止血糖骤升;非透析日可适当增加优质蛋白摄入(如鸡蛋、瘦肉),但需控制磷摄入。营养师应制定个性化食谱,确保热量充足但避免高GI食物(升糖指数≥70的碳水化合物类食物)。此外,透析后易发生低血糖,可适当补充小份碳水化合物(如全麦面包)。长期管理需结合HbA1c(糖化血红蛋白)与糖化白蛋白监测,综合评估血糖控制情况,避免过度严格导致营养不良或低血糖风险增加。

糖尿病肾病血液透析患者的血糖管理是一项需要医患共同参与的长期系统工程。通过动态血糖监测、个体化胰岛素调整和精准营养干预的三维管理模式,在确保透析充分性的同时维持血糖稳定。护理团队应注重细节管理,强化患者教育,帮助患者建立科学的自我监测体系,从而有效预防低血糖事件,延缓并发症进展,最终实现延长生存期和提高生存质量的双重目标。

(天长市中医院 宗雪方)

喉咙里的“隐形杀手”——儿童急性喉炎,一场与呼吸的赛跑

健康提醒

夜深人静,孩子突然发出一阵阵“空空”样的咳嗽声,像小狗叫一样,声音嘶哑,呼吸也变得急促起来……如果您的孩子曾经历过这一幕,您一定知道那是一种怎样的心惊胆战。这,很可能就是儿童急性喉炎的典型表现。

作为儿科最常见的急症之一,急性喉炎因其发病急、进展快,尤其容易引起喉梗阻导致呼吸困难,一直是家长们需要高度警惕的“夜间杀手”。

什么是急性喉炎?为什么儿童更危险?

“喉”位于我们咽喉和气管之间,是呼吸的“咽喉要道”,同时也是发声的器官。这个部位非常狭窄,尤其是儿童,其喉腔黏膜下组织疏松,淋巴管丰富,一旦发生炎症,黏膜会迅速充血、水肿,这就好比在一个本来就狭窄的通道里突然塞进了海绵,极易导致通道堵塞。

为什么儿童急性喉炎比成人危险得多?喉腔狭小:婴幼儿的喉腔仅有铅笔杆粗细,稍有水肿,就会使通道面积显著缩小,阻力倍增。

黏膜组织疏松:儿童喉部黏膜下层组织更松软,炎症时水肿更严重。

免疫力较弱:儿童免疫系统尚未完善,更容易感染病毒,且反应更剧烈。

因此,成人得喉炎可能只是声音嘶哑、喉咙痛,但儿童却可能迅速发展为呼吸困难,这绝不是危言耸听。

识别急性喉炎的“危险信号”

早期识别是成功处理的第一步。急性喉炎通常起病较急,多数在夜间加重。请牢记以下典型症状,它们常常是按顺序或同时出现的。

1. 前驱症状(发病初期)

类似感冒,孩子可能会有轻微的发烧、流鼻涕、食欲不振等表现,很容易被误认为是普通感冒。

2. 典型三联征(疾病进展期)

这是诊断急性喉炎的核心依据,一旦出现,应高度警惕。

犬吠样咳嗽:这是最具特征性的信号。咳嗽声音低沉、粗糙,有像小狗叫一样“空空”声。这是由于声带下方黏膜水肿,气流通过狭窄通道时产生的声音。

声音嘶哑:喉部炎症波及声带,导致声带水肿,发声困难,甚至完全失声。

吸气性喉鸣:这是病情加重的关键信号。孩子吸气时,气流通过狭窄的喉部会产生一种高调的口哨声或喘鸣声。安静时就能听到,活动或哭闹后加重。

3. 呼吸困难(喉梗阻的警示)

当喉部水肿进一步加重,就会出现呼吸困难,这是最危险的阶段。根据严重程度,可分为四度。

一度(轻度):安静时无呼吸困难,活动或哭闹后出现轻度吸气性喉鸣和“三凹征”(吸气时锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙出现凹陷)。

二度(中度):安静时也出现喉鸣和“三凹征”,但孩子情绪尚可,有轻度烦躁,但呼吸、心率略增快。

三度(重度):除二度症状外,孩子因缺氧而出现口唇、指甲发绀(青紫色),烦躁不安,爬上爬下,恐惧出汗,心率明显增长。这是非常危险的信号!

四度(极重度):由于极度缺氧和二氧化碳潴留,孩子由烦躁转为昏迷、意识模糊,呼吸变得浅快无力,三凹征反而不明显,面色由紫绀转为苍白,这是呼吸衰竭的征兆,随时有生命危险。

简单来说,如果您的孩子出现“小狗叫一样的咳嗽+声音嘶哑”,您就需要开始警惕。如果在此基础上出现了“吸气时的哨

音”或任何呼吸困难的迹象,请立即准备就医!

病因探究:谁是幕后元凶?

绝大多数(约90%以上)的儿童急性喉炎是由病毒感染引起的,最常见的是副流感病毒,其次是腺病毒、呼吸道合胞病毒等。这些病毒通过飞沫或接触传播,首先引起上呼吸道感染,继而攻击喉部。

少数情况可能由细菌感染、过敏反应或异物吸入引起。需要注意的是,反复发作的喉炎可能与孩子的过敏体质有关。

家庭应急处理:在去医院前,能做什么?

当孩子夜间突然发作,在准备去医院的同时,一些正确的家庭处理可以缓解孩子的症状,为就医争取时间。

1. 保持冷静,安抚孩子:家长的恐慌会加剧孩子的哭闹和恐惧,而哭闹会使缺氧更严重。请务必保持镇定,温柔地抱起孩子,用他喜欢的故事或玩具分散注意力。

2. 保持呼吸道湿润:这是非常有效的一步。在卧室使用加湿器,保持空气湿度在50%-60%。

3. 保持体位通畅:让孩子坐起或半卧位,或竖直抱起,使其身体呈30-45度角,这样有助于保持呼吸道通畅,减轻呼吸困难。

4. 通风与保暖:在避免孩子受凉的前提下,适当开窗通风,保持室内空气新鲜、凉爽。避免过热环境加重呼吸负担。

重要提醒:家庭处理的误区

不要盲目使用镇咳药:强力的镇咳药可能抑制咳嗽反射,导致分泌物无法排出,加重呼吸困难。

不要滥用抗生素:病毒性喉炎使用抗生素无效。

不要喂食水或食物:在孩子呼吸急促时,强行喂食有呛咳、窒息的风险。

医院治疗:医生会怎么做?

到达医院后,医生会根据孩子病情的严重程度采取阶梯式治疗。

轻度:通常采用雾化吸入治疗。吸入用糖皮质激素(如布地奈德)是首选,能快速、局部地减轻喉部水肿,效果显著且全身副作用小。

中重度:在雾化吸入激素的基础上,医生可能会肌肉注射或静脉滴注糖皮质激素(如地塞米松),以更强效、持久地控制炎症。对于极度缺氧的孩子,会及时给予吸氧。在极少数严重喉梗阻的情况下,可能需要进行气管插管或气管切开,以建立人工气道,挽救生命。

家长不必对“激素”过度恐惧,在急性喉炎这种危急情况下,短期、规范地使用糖皮质激素是利远大于弊的救命措施。

预防胜于治疗:如何防患于未然?

虽然无法完全避免,但以下措施可以降低孩子患病风险和严重程度。

1. 增强免疫力:均衡营养、充足睡眠、适度锻炼,这是抵御一切疾病的基石。

2. 注意卫生:勤洗手,特别是在流行季节,避免带孩子去人多拥挤、空气污浊的公共场所。

3. 按时接种疫苗:虽然目前没有针对所有喉炎病毒的特效疫苗,但接种流感疫苗等可以减少相关病毒感染的机会。

4. 避免过敏原:对于过敏体质的孩子,远离粉尘、花粉、宠物毛发等已知过敏原。

5. 及时治疗上感:对于普通感冒也要认真对待,防止炎症向下蔓延至喉部。

儿童急性喉炎是一场与时间的赛跑。作为家长,我们需要做的就是掌握知识、保持警惕,及时行动。熟悉那典型的“犬吠样咳嗽”和“吸气性喉鸣”,了解呼吸困难的表现,学会正确的家庭应急方法,并坚信“第一时间送医”是永远不变的原则。

(明光市人民医院 谢翠翠)

守护生命通路: PICC带管患者的居家护理

健康关注

肿瘤患者接受长期静脉化疗、营养支持或抗生素治疗时,为了减轻药物对血管的刺激,增加患者的舒适度,护理人员会为患者置入名为“PICC”的中心静脉导管。治疗间歇期,患者可以带着PICC导管回家休养身体,如何居家妥善护理这根管子呢?

下面将详细介绍PICC导管居家护理的内容,帮助患者成为管理自己导管的专家。

什么是PICC?为何需要它?

PICC的全称是“经外周静脉置入的中心静脉导管”。通常由护士从上臂贵要静脉、头静脉或肱静脉置入,最终导管的尖端会到达接近心脏的上腔静脉。

它的主要优势在于:保护血管,减轻痛苦,一次置管,长期使用,为治疗提供一个稳定、可靠的静脉通道,保障所有药物安全、有效地输入体内。带管出院,意味着治疗进入间歇期,患者的主动参与是成功的关键。

居家护理的四大关键

PICC导管居家护理的核心可以总结为四个关键点:预防感染、保持通畅、防止意外、细致观察。

1. 关键一:敷料的更换——预防感染

穿刺点处的敷料是防止细菌入侵的第一道防线。虽然更换敷料最好由专业护士进行,但了解过程能让患者更好地配合和参与。

更换频率:每7天更换敷料或透明贴膜。但如果敷料出现卷边、污染、潮湿或脱落,必须立即更换。

环境要求:应选择清洁、明亮、无灰尘的区域,避免旁人走动。

专业操作:护士会严格执行无菌操作,用特定的消毒液,以穿刺点为中心由内向外螺旋式消毒,待其完全自然干燥后,再贴上新敷料或贴膜。

患者配合:在更换过程中,请将头转向对侧,佩戴口罩,避免说话、咳嗽。

2. 关键二:导管的冲管与封管——保持通畅

为了防止血液在导管内凝固形成堵塞,必须定期对导管进行冲管和封管。

操作时机:每次静脉治疗前后以及每次治疗结束后都要进行。

专业操作:此项操作需由经过培训的护士完成。使用10毫升及以上的注射器,采用脉冲手法冲洗管壁,最后正压封管,确保导管内充满封管液且无血液回流。

日常提醒:即使没有治疗,也需要每7天返院进行常规维护操作。

3. 关键三:日常生活的注意事项

带着PICC导管,生活可以如常,但需严格注意以下:

穿衣:选择宽松、柔软的棉质衣物,避免穿袖口过紧,先穿置管侧手臂,再穿另一侧,脱衣时顺序相反。

沐浴:绝对禁止将敷料连同导管直接浸入水中。推荐使用PICC防水保护套,更经济的方法是用保鲜膜在敷料处缠绕3-4圈,上下用胶带封口。淋浴时,尽量保持置管侧手臂抬高,缩短淋浴时间。

活动:避免提超过5公斤的重物;做引体向上、托举、打网球、游泳等剧烈手臂运动;做大范围的手臂旋转活动,如甩手臂、360度旋转手臂。

睡觉:避免压迫置管侧手臂睡眠。可将手臂稍微垫高,利于血液循环。

4. 关键四:善于自我观察

每天检查PICC导管,这是预防严重并发症最简单有效的方法。

看敷料:是否清洁、干燥、固定妥当?穿刺点周围有无发红、肿胀、疼痛、渗出?

摸皮管:沿导管走向的皮肤有无条索状发红、触痛、发热?手臂有无肿胀?

量臂围:每日在同一时间、同一位置(通常以穿刺点为起点向上10厘米处)用软尺测量臂围。如果臂围增加超过2厘米,可能提示血栓形成,需立即就诊。

查导管:观察体外导管的长度是否有变化?是否有破损、裂缝或漏液?导管连接处是否脱落?

紧急情况处理

如出现以下情况,请立即联系护士或返院。

1. 发热:体温超过38.5℃。

2. 感染:穿刺点红、肿、热、痛,有脓性分泌物。

3. 导管异常:导管体外部分长度变长(疑似脱出)、破损、断裂(立即在靠近穿刺点的上方将导管反折,用胶带固定,并用手按压住穿刺点,防止断管进入体内)。

4. 血栓可能:手臂、颈部、胸部肿胀疼痛,皮肤颜色发紫。

5. 呼吸困难:突然出现的胸痛、呼吸困难、咳嗽,可能是罕见但严重的并发症(导管移位或血栓脱落),需立刻拨打120。

心理适应与家庭支持

1. 带管初期可能感到不适和不便。其实PICC是为了保障患者顺利完成治疗,治疗结束后即可拔除。

2. 患者对导管的细心观察和居家护理,是医护人员之外的重要环节。

3. 患者与家人多沟通,共同参与护理。也可以加入病友群,交流带管经验,互相鼓励。

总体而言,PICC导管的居家护理是一项需要患者、家属和医护团队共同完成的任务。掌握导管相关知识,有效预防并发症,守护好这条“生命通路”,让它安全、顺畅地为患者的健康保驾护航,直至顺利完成所有治疗。

(安徽理工大学第一附属医院 马点玉)